



HAL
open science

Étude des suicides au centre hospitalier psychiatrique Alpes Isère de 1998 à 2012 : comment améliorer la prévention ?

Émilie Santarelli

► **To cite this version:**

Émilie Santarelli. Étude des suicides au centre hospitalier psychiatrique Alpes Isère de 1998 à 2012 : comment améliorer la prévention ?. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01164491

HAL Id: dumas-01164491

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01164491>

Submitted on 17 Jun 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2015

N°

**ETUDE DES SUICIDES AU CENTRE HOSPITALIER
PSYCHIATRIQUE ALPES ISERE DE 1998 A 2012 :
COMMENT AMELIORER LA PREVENTION ?**

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Emilie Santarelli

Née le 16 octobre 1986 à Grenoble

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE
GRENOBLE*

Le 4 juin 2015

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président : **M. le Professeur Thierry Bougerol**

Membres : **M. le Professeur Jean-Louis Terra**

M. le Professeur Mircea Polosan

M. le Docteur Marc Dubuc

M. le Docteur Pierre Micheletti

*La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

REMERCIEMENTS

A nos juges et maitres

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur T. BOUGEROL,

Nous vous remercions d'avoir accepté de présider notre jury. Nous avons particulièrement apprécié la qualité de votre enseignement sur la clinique psychiatrique et votre implication dans l'encadrement des internes.

A Monsieur le Professeur J.L. TERRA,

Nous vous remercions d'avoir accepté, en qualité d'expert dans le domaine de la suicidologie, de participer à notre jury de thèse. Nous vous exprimons toute notre considération et notre intérêt pour votre travail.

A Monsieur le Professeur M. POLOSAN,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse. Nous avons particulièrement aimé votre enseignement sur la recherche en psychiatrie.

A Monsieur le Docteur M. DUBUC,

Nous vous remercions d'avoir accepté d'encadrer notre travail de thèse. Nous vous sommes reconnaissants de la qualité de vos entretiens. L'écoute bienveillante et l'empathie dont vous faites preuve est un modèle pour nous.

A Monsieur le Docteur P. MICHELETTI,

Nous vous remercions d'avoir accepté d'encadrer notre travail de thèse. Nous avons particulièrement apprécié votre disponibilité et la pertinence de vos critiques.

A Mme le docteur N. SALVADOR et l'équipe des Archives du Centre Hospitalier Alpes Isère qui m'ont aidé à constituer l'échantillon de patients.

A M. le docteur A. PIERO et la direction du Centre Hospitalier Alpes Isère qui m'ont encouragé dans ce travail de recherche.

Aux médecins, infirmiers, psychologues, assistantes sociales, orthophonistes, psychomotriciennes, éducateurs/trices que j'ai croisés sur mon parcours et qui m'ont enseigné mon métier. Et en particulier M. le dr J HOLTZMANN, Mme le dr A BASSON, Mme le dr G. VENTURI MAESTRI, M. le dr B. GOUACHE, Mme le dr I PAGNIER, Mme le dr L MACHET, M. le dr Y. MOREL, Mme le dr. E. POUSSET, Mme le dr J. WITTMANN, Mme le dr F. LORIN, Mme le dr M. MAHROUS, M. le dr P. NERSON, Mme le dr B. ASSOULINE, Mme le dr A MELLIER, Mme le dr A. ENOT et M. le dr R. HUTANU.

A mes co internes et particulièrement Gentiane, Fabien, Isabelle, Sandra et Dévi.

Fabien, merci pour ta patience, ton attention et l'amour inconditionnel dont tu fais preuve chaque jour envers moi et nos deux enfants Milo et Nina. C'est un bonheur pour moi d'être à tes côtés.

Milo et Nina, je suis tellement fière de vous. Vous voir grandir est un plaisir de chaque instant.

Papa et maman, merci de m'avoir autant encouragé à réaliser mon rêve et d'avoir toujours cru en mes capacités, avant moi.

Merci à mes sœurs et leurs familles : Aurélie, Romain et Lise ; Sandrine, Nicolas et Lonis.

Merci à ma belle-famille : Dominique, Michel, Aurélie, Romain, Léa, Maxime et Chloé.

Merci à mes amis.

Merci à Céline G. et Marieke V., qui ont su me conseiller dans mes choix professionnels.

SOMMAIRE

Petite histoire sur la prévention du suicide.....	7
Références bibliographiques.....	11
Article.....	12
Résumé.....	13
Abstract.....	14
Introduction.....	15
<i>Définitions.....</i>	<i>15</i>
<i>Intérêt du sujet.....</i>	<i>15</i>
<i>Problématique.....</i>	<i>17</i>
<i>Plan.....</i>	<i>19</i>
<i>Objectifs.....</i>	<i>19</i>
Matériel et Méthodes.....	20
<i>Type d'étude.....</i>	<i>20</i>
<i>Population étudiée.....</i>	<i>20</i>
<i>Méthodologie.....</i>	<i>20</i>
Résultats.....	22
<i>Facteurs de risque.....</i>	<i>22</i>
<i>Evaluation du potentiel suicidaire et réponses.....</i>	<i>23</i>
<i>Facteurs précipitant.....</i>	<i>23</i>
<i>Signes avant-coureurs.....</i>	<i>24</i>
<i>Circonstances du suicide.....</i>	<i>24</i>
Tableau.....	25

Discussion.....	26
<i>Commentaire des résultats principaux.....</i>	<i>26</i>
<i>Facteurs de risque.....</i>	<i>27</i>
<i>Evaluation du potentiel suicidaire et réponses.....</i>	<i>28</i>
<i>Facteurs précipitant.....</i>	<i>29</i>
<i>Signes avant-coureurs.....</i>	<i>30</i>
<i>Circonstances du suicide.....</i>	<i>30</i>
<i>Portée de l'étude et limites.....</i>	<i>31</i>
<i>Propositions d'amélioration.....</i>	<i>32</i>
<i>Prévention.....</i>	<i>32</i>
<i>Postvention.....</i>	<i>35</i>
Conclusion.....	37
Références bibliographiques.....	39
Liste des abréviations.....	45
Annexe 1: autorisation de consultation des dossiers archivés.....	46
Annexe 2 : Protocole d'enquête.....	47
Annexe 3 : Grille de lecture des dossiers.....	49
Annexe 4 : Echelles d'évaluation du risque suicidaire	51
Annexe 5 : Echelle d'évaluation du CHU de Grenoble.....	52
Annexe 6 : Guide en cas de risque suicidaire élevé.....	54
Annexe 7 : Procédure post événementielle	57
Annexe 8 : Poster du CHU sur la prise en charge des suicidaires et suicidant.....	58
Serment d'hippocrate.....	59

PETITE HISTOIRE SUR LA PREVENTION DU SUICIDE

Le suicide a tout d'abord été relégué au rang du plus abominable des crimes. En effet, pendant longtemps, l'idéologie chrétienne a affirmé le caractère sacré de la vie et a donc condamné le meurtre de soi-même.

C'est le Code pénal napoléonien qui promulgue la dépénalisation de l'acte suicidaire en 1810. Néanmoins, le suicide est toujours considéré comme un acte contre nature. Même s'il n'est plus condamné, il reste associé à une réprobation morale.

C'est ainsi que le suicide rentre dans le domaine de la science médicale et psychiatrique.

Emile Durkheim en 1897 fournit une première explication sociologique au suicide. Les termes du débat changent : l'interrogation porte plus sur la nature psychosociale que sur la nature morale ou immorale du suicide.

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, une société nouvelle est en gestation : l'Etat providence, décidé à s'occuper du droit de la santé et du bien-être de la population. En parallèle, la « téléphonie sociale » fait ses premiers pas avec les associations « Recherche et rencontre » en 1958 et « SOS Amitié » en 1961. Elles pallient la faille des organismes publics dans la prévention et le traitement du mal être et des conduites suicidaires.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publie en 1969 puis en 1975 un document consacré à la prévention du suicide dans le monde. La mise en évidence statistique du nombre de décès par suicide révèle un caractère d'urgence. En France, l'Association

Internationale pour la Prévention du Suicide (AIPS) en 1961 puis le Groupement d'Etude et de Prévention du Suicide (GEPS) en 1969, voient le jour. Ainsi, un vaste travail d'information et de recherche en suicidologie est mené.

Au début des années soixante-dix, le thème du suicide alerte l'arène politique. Robert Boulin, alors ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale, entend faire le point sur ce fléau refoulé de la conscience collective en vue de combler « *le désert qui existe actuellement en matière de prévention du suicide* » et d'organiser « *une éventuelle prévention* ». De plus, la section de la Rationalisation des Choix Budgétaires (RCB) montre qu'une politique de prévention du suicide est économiquement rentable pour la collectivité (1971). Le problème est identifié mais la prise en charge tarde à se mettre en place.

Il faudra attendre les années quatre-vingt pour susciter la reconnaissance institutionnelle de l'importance de la prévention du suicide. En effet, cette décennie est marquée par l'émergence du courant euthanasique. A titre d'exemple, Claude Guillon et Yves le Bonniec sont les auteurs de « suicide, mode d'emploi : histoire, technique, actualité » en 1982. Ils divulguent des recettes « sans violences » pour mettre fin à ses jours. Cet ouvrage a eu un grand succès et a révélé un changement dans la vision du suicide : de la condamnation au profit du respect des libertés individuelles. En réponse, l'Association de Défense contre l'Incitation au Suicide est créée. Un arrêté permet le retrait du livre en 1987 (loi 87 – 1133). Le suicide fait donc son apparition dans le domaine législatif.

Pendant les années quatre-vingt-dix, le suicide est reconnu comme un enjeu de santé publique. Le rapport élaboré par le Conseil économique et social en 1992, sous l'égide du professeur Michel Debout, présente une approche relativement exhaustive du suicide. Les

auteurs proclament que le suicide est la « seule grande question de société qui n'a jamais été abordée jusque-là par le Conseil économique et social ». La portée de ce rapport est accentuée par le suicide de Pierre Bérégovoy en 1993. Il expose des mesures concrètes, à un niveau régional, pour une approche individualisée. L'orientation préconisée correspond au retour du local, à l'instar du domaine de l'action sociale. Les actions sont « territorialisées » pour faire face au constat de l'impuissance de l'Etat. Confortée par le choix de plusieurs régions dans leurs programmations de priorités de santé, la prévention du suicide apparaît comme l'une des dix priorités nationales de santé publique. Une journée nationale lui est même consacrée chaque année. L'Union Nationale pour la Prévention du Suicide (UNPS) est créée. La prévention du suicide revêt alors le statut de grande cause nationale. Bernard Kouchner, avec le concours des Programmes Régionaux de Santé (PRS) et de la Direction Générale de la Santé (DGS), encouragent une réflexion nationale pour impulser et améliorer la prévention du suicide en France.

Cette décision politique va entraîner la mise en place du programme national de prévention et d'une stratégie nationale d'action face au suicide (2000-2005). La stratégie, pilotée notamment par Jean Louis Terra, avait pour objectif principal de réduire le nombre de suicides en France, en s'appuyant sur quatre axes : favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires, diminuer l'accès aux moyens létaux, améliorer la prise en charge et la connaissance épidémiologique. Le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 a suivi ce dernier. Il s'appuie quant à lui, sur six axes de travail : développement de la prévention et de la postvention, amélioration de la prise en charge des personnes à risque suicidaire, information et communication autour de la prévention du suicide, formation des professionnels, études et recherches, suivi et animation du programme d'actions contre le suicide

La France est encore actuellement, l'un des pays d'Europe ayant un des taux les plus élevés de suicides. Cela pourrait être expliqué par le manque de prévention et le retard dans la prise de conscience du problème. Le Royaume Uni qui a lui, un des taux les plus bas d'Europe, s'est penché sur la question dès les années 50. Françoise Facy, présidente de l'Union Nationale pour la Prévention du Suicide (UNPS) dit à ce propos : « nous n'avons pas une culture de la prévention ni de l'éducation à la santé. Cela se fait sentir dans la population en général mais aussi chez les professionnels : l'organisation des soins en France repose sur un système bien plus curatif que préventif. ». Le suicide fait aujourd'hui l'objet d'une approche en pleine mutation, au point qu'il est considéré comme un problème de santé publique parmi les plus importants, tant par la perte des vies humaines qu'il provoque que par les problèmes psychologiques et sociaux dont il témoigne.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Campéon A. De l'histoire de la prévention du suicide en France - Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide. Actualités et Dossiers en Santé Publique. 2003; 45: 35-38

Casciano C. Suicide : pourquoi tant de morts en France ? L'Express. 2013. [En ligne].
http://www.lexpress.fr/actualite/societe/pourquoi-se-suicide-t-on-autant-en-france_1280252.html

Minois G. Histoire du suicide : la société occidentale face à la mort volontaire. Paris: Fayard; 1995.

Programme national d'actions contre le suicide (2011- 2014). [En ligne].
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014.pdf

Stratégie nationale d'actions contre le suicide 2000/2005. [En ligne].
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nat.pdf

**ETUDE DES SUICIDES AU CENTRE
HOSPITALIER PSYCHIATRIQUE ALPES ISERE
DE 1998 A 2012 :
COMMENT AMELIORER LA PREVENTION ?**

RESUME

OBJECTIF : L'objectif principal est d'étudier les suicides au Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI) pour améliorer la prévention du suicide dans les établissements psychiatriques.

MATERIEL ET METHODES : Il s'agit d'une enquête rétrospective unicentrique qualitative, réalisée à l'aide de l'analyse de dossiers. Les patients identifiés comme suicidés par l'établissement, pendant une hospitalisation ou au décours de celle-ci, de 1998 à 2012, ont été recensés. Leur dossier a été étudié avec une grille de lecture, afin d'extraire des données démographiques, les circonstances du suicide, l'évaluation du potentiel suicidaire et les démarches mises en œuvre. Les caractéristiques des patients suicidés au CHAI ont été comparées à celles retrouvées dans d'autres études. Enfin, des propositions d'amélioration ont été rédigées à l'aide de recommandations.

RESULTATS : 15 suicides ont été répertoriés. Il s'agit le plus souvent d'hommes (11), isolés, ayant des antécédents de tentative(s) de suicide(s), schizophrènes ou souffrant de dépression sévère, angoissés et insomniaques, hospitalisés sous contrainte et se suicidant par pendaison, la première semaine ou à la fin du séjour.

CONCLUSION : Le nombre de suicide recensé est faible. Les dossiers patients étaient peu renseignés. Les facteurs de risque de suicide durant les hospitalisations décrits dans la littérature concordent avec ceux de notre échantillon. Les principales propositions d'amélioration portent sur la prévention du suicide : suppression des moyens, formation du personnel, communication entre les intervenants, évaluation précise du potentiel suicidaire et application de mesures de protection adéquates en maintenant l'alliance thérapeutique.

Mots clés : suicide, CHAI, hôpital psychiatrique, évaluation du potentiel suicidaire, prévention, postvention

ABSTRACT

OBJECTIVE : The main objective is to investigate the deaths by suicide in Alpes Isere Hospital Centre (CHAI) to improve the prevention of suicide in psychiatric institutions.

MATERIALS AND METHODS : This a retrospective unicentric qualitative study, performed using the analysis of patient reports. Patients identified as suicide by the institution during hospitalization or subsequent to the latter, from 1998 to 2012, were identified. Their case was studied with a reading grid to extract demographic data, the circumstances of the suicide, the assessment of suicide potential and approaches implemented next. The characteristics of suicide were compared with those found in other studies. Finally, proposals for improvements have been drafted with the recommendations.

RESULTS : 15 suicides were reported. There are most often men (11), alone, with attempted background suicide(s), schizophrenic or melancholic, anxious and insomniac, hospitalized without consent, and who suicide by hanging, the first week or at the end of the stay.

CONCLUSION : The number of identified suicide is low. The patient reports were poorly informed. Suicide risk factors during hospitalization in the literature are concordant with our sample. The main proposals for improvement relate to suicide prevention : removing means, staff training, communication among stakeholders, suicide assessment and protection measures maintaining the therapeutic alliance.

Key words : suicide, CHAI, psychiatric hospital, suicide assessment, prevention, postvention

INTRODUCTION

Définitions

Le suicide est souvent défini comme une mort intentionnelle causée par soi-même [1]. Le suicide d'un patient pendant son traitement hospitalier inclue les permissions de sorties, les sorties d'essai et les séjours dans un autre hôpital pour un traitement concomitant [2].

La prévention est l'ensemble des mesures visant à diminuer le nombre de suicides. La postvention quant à elle, réfère aux mesures à prendre à la suite d'un suicide complété.

Pour caractériser les individus concernés par le suicide, sont distingués classiquement : les suicidaires, qui pensent attenter à leur propre vie ; les suicidants, qui manifestent un comportement autodestructeur comme une tentative de suicide ou des équivalents et les suicidés, pour qui l'acte posé a été mortel (suicide dit complété).

Intérêt du sujet

Le suicide est un problème majeur de santé publique.

Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) estime un taux de décès par suicide en France en 2011, à 16,2 pour 100 000 habitants. Autrement dit, 27 personnes se suicident chaque jour en France. Il s'agit d'un des taux les plus élevés des pays européens.

5 % des suicides ont lieu en hôpital psychiatrique [3;4].

Il s'agit de l'événement principal redouté en psychiatrie. L'incidence du suicide est d'environ 250 pour 100 000 admissions dans les hôpitaux psychiatriques, soit cinq fois plus qu'en population générale [3;4].

Les suicides dans les hôpitaux psychiatriques français sont peu étudiés.

Les seules données françaises sur le suicide de patients hospitalisés portent sur l'année 2002 qui a fait l'objet d'une enquête rétrospective réalisée en 2003 par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS, 2003, non publié) et la Direction générale de la santé (DGS). Bien que 5 départements n'aient pas répondu et que 29 n'aient déclaré aucun décès, le nombre recensé par les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass) atteint 194 décès par suicide lors du séjour hospitalier en établissement de psychiatrie public ou privé. Ce nombre peut être considéré comme une estimation minimale [5].

Une des méthodologies utiles en matière de prévention du suicide à grande échelle, est l'autopsie psychologique [5]. Cette pratique est courante aux Etats Unis, au Canada et dans certains états d'Europe du nord car les informations sont centralisées par les « coroners ». Il n'en est pas de même en France où cette pratique est difficile à mettre en œuvre. L'ensemble des personnes décédées de mort violente en établissement de santé subit une autopsie médico-légale. Cette exhaustivité devrait autoriser à disposer du nombre exact de suicides mais les comptes rendus des examens médico-légaux ne sont pas toujours facilement accessibles aux médecins hospitaliers français.

Le suicide dans les hôpitaux peut être un enjeu médico-légal.

Les hospitalisations en psychiatrie dont le motif est de protéger du geste suicidaire sont fréquentes et il est légitime d'exiger une prise en charge exemplaire dans les établissements spécialisés. Alors qu'un décès survenant à l'issue d'une maladie physique est généralement perçu comme inévitable, le suicide lors d'une hospitalisation peut être considéré comme ayant pu ou dû être empêché. L'ambivalence des proches envers le psychiatre se transforme parfois en rancœur et expose le psychiatre au reproche de n'avoir pas tout tenté pour l'éviter. Les cas de suicide dans les établissements psychiatriques peuvent les exposer à des sanctions pour défaut de surveillance.

A l'hôpital, le suicide atteint l'ensemble de l'unité de soin.

Il met à mal non seulement les proches de la personne suicidée, mais aussi les soignants et les autres patients hospitalisés.

Problématique

Le suicide est un phénomène rare.

Il est donc difficile de mettre en œuvre des études prospectives sur le sujet. Dans le cadre de cette étude, le suicide durant les hospitalisations a été spécifiquement étudié sur un seul site : le CHAI et rétrospectivement.

L'évaluation du potentiel suicidaire est complexe.

L'identification de facteurs de risque aide à identifier une population à haut risque suicidaire mais ne permet pas à elle seule, d'éviter le suicide. Les facteurs de risque permettent de constituer des groupes de patients dont la probabilité de suicide sur le long terme est accrue mais ils ne servent que très aléatoirement à prédire un passage à l'acte à

court terme (heures, jours ou semaines) [6]. Leur utilité dans la clinique quotidienne est parfois limitée pour aider le médecin à prendre une décision médicalement justifiée, pratiquement réalisable et suffisamment pourvoyeuse de confiance pour maintenir l'alliance avec le patient. Ainsi, de nombreuses publications concluent que la capacité prédictive d'un suicide basée sur l'identification de facteurs de risque chez un patient donné est mauvaise car la spécificité et la sensibilité des facteurs de risque sont faibles. Même lorsqu'un patient en cumule plusieurs, ce qui est fréquent dans la population de patients hospitalisés, la rareté du suicide engendre une valeur prédictive faible et par conséquent un nombre trop élevé de faux positifs et de faux négatifs [7].

Aussi, il n'a jamais pu être démontré que l'usage systématique d'échelles de mesure, basées sur des facteurs de risque connus pour augmenter le risque de mort par suicide sur le long terme, permette de diminuer le nombre de suicides [7;8]. Par contre, elles facilitent une évaluation standardisée, continue et tracée.

Pour évaluer convenablement le potentiel suicidaire, il faut prendre en compte non seulement les facteurs de risque mais aussi l'urgence (intentionnalité suicidaire), la dangerosité (accessibilité et létalité du moyen suicidaire) et les facteurs de protection [9].

La prévention du suicide nécessite une réflexion autour de sa propre pratique.

Comment l'intégrer à son quotidien, en prenant en compte les particularités de chaque patient, les contraintes de l'établissement et les recommandations de bonnes pratiques, est une question fondamentale. L'intérêt d'étudier les suicides au CHAI vient aussi du fait qu'il ne possède pas de statistique ou d'étude spécifique sur le sujet.

Plan

Dans un premier temps, une réflexion a été menée autour de chaque suicide ainsi que les réponses que l'équipe soignante a été en mesure d'apporter, à la lecture des dossiers patients. Les données ont été comparées à celles d'autres études sur le sujet. Dans un second temps, des pistes d'amélioration de la prévention du suicide, issues de recommandations et adaptées à l'établissement, ont été proposées.

Objectifs

Ce travail n'a pas de vocation statistique mais une valeur potentielle indicative pour les décideurs et les soignants des établissements psychiatriques.

Il a pour objectifs principaux, d'étudier les suicides au CHAI et de proposer des pistes d'amélioration de la prévention du suicide afin d'en diminuer le nombre. L'objectif secondaire est d'atténuer les conséquences d'un suicide sur les patients, le personnel et l'entourage (famille et pairs).

MATERIEL ET METHODES

Type d'étude

Il s'agit d'une enquête rétrospective unicentrique qualitative, réalisée à l'aide de l'analyse de dossiers patients. Une demande de communication par dérogation de documents d'archives publiques non librement communicables (code du patrimoine, articles L.213-1 à L.213-5) a été faite. (Annexe 1).

Population étudiée

Nous avons demandé au service de l'information médicale de l'établissement, l'ensemble des dossiers de patients suicidés pendant leur hospitalisation et au décours de celle-ci (4 semaines suivant la sortie), de janvier 1998 à décembre 2012. Etaient inclus, les suicides dans l'enceinte de l'hôpital et lors de fugues ou de permissions de sortie, dans un délai de quatre semaines après la sortie. Les suicides de patients en sortie d'essai ou en programme de soins (depuis la loi du 5 juillet 2011) ayant quitté l'hôpital depuis plus de 4 semaines, n'ont pas été comptabilisés. Les décès de patients de cause inconnue ou sans la mention « suicide » n'ont pas été pris en compte, de même que les tentatives de suicide.

Méthodologie

L'intégralité des dossiers a été lue et des informations précises ont été recherchées selon une grille de lecture (voir annexe 3). Cette grille comporte par exemple, l'âge et le sexe du patient, l'évaluation du potentiel suicidaire (facteurs de risque/protecteurs, urgence,

facteur précipitant, signes avant-coureurs, dangerosité), la description des circonstances du suicide et les démarches mises en œuvre pour l'éviter. Autrement dit, pour chaque dossier, nous voulions avoir une description précise du geste suicidaire, de l'évaluation suicidaire faite et tracée par les soignants dans le dossier patient.

Ces patients suicidés ont ensuite été comparés à ceux retrouvés dans d'autres études. Nous nous sommes aidés des moteurs de recherche « google », « google scholar » et « Medline - Pubmed » avec par exemple les mots clés « in-patients » « suicide » « risk factors » « warning signs » « protective factors » « prevention » « postvention » « psychiatric hospitals ». Les articles les plus rigoureux sur le plan méthodologique (études prospectives sur un grand nombre de patients et méta analyses), les plus fréquemment cités et les plus pertinents ont été sélectionnés.

Pour finir, la conférence de consensus de la Haute Autorité de Santé (HAS) [9], les rapports d'experts sur le sujet [1;8;10;11;12;13] et les données de prévention issues des autopsies psychologiques [5;14;15] ont été consultées. Ces documents nous ont aidés à formuler des propositions d'amélioration de la prévention du suicide au CHAI.

RESULTATS

Les résultats sont illustrés sous forme de tableau à la p.25.

Nous avons recensé 15 cas de suicides (dont 13 dossiers archivés) durant la période 1998 - 2012 au CHAI pendant l'hospitalisation et au décours (1 mois après), dont 4 suicides au cours de l'année 2006.

Facteurs de risque

11 hommes et 4 femmes se sont suicidés durant cette période. L'âge moyen des suicidés est de 48 ans, 45 ans pour les femmes et 49 ans pour les hommes.

Les suicidés avaient déjà fait une ou plusieurs tentative(s) de suicide pour 11 d'entre eux et dans 6 cas, un suicide dans la famille a été retrouvé. 3 patients ont fait une ou des tentative(s) de suicide durant leur dernière hospitalisation. Nous avons trouvé 7 cas de suicide chez des patients diagnostiqués schizophrènes et 8 patients suicidés avec un diagnostic d'épisode dépressif majeur sévère. Dans les cas où les deux diagnostics étaient présents dans les dossiers, nous avons comptabilisés les patients comme schizophrènes. Pour 12 patients, le motif d'admission contenait la présence d'idées suicidaires. Dans 5 dossiers, nous avons retrouvé une comorbidité addictive (alcool et cannabis majoritairement) et dans 3 dossiers, des antécédents judiciaires. Dans 2 dossiers, un trouble de la personnalité de type état limite a été évoqué et dans 3 dossiers, un trouble de la personnalité de type antisociale. Pour 11 patients, il s'agissait d'une hospitalisation sous contrainte. Un problème d'observance thérapeutique, souvent lié à un défaut d'« insight » est parfois repéré dans les cas de suicide chez les patients schizophrènes (4 dossiers). Pour 7 patients, un isolement social important est

noté (célibat /veuvage ou absence de proche). 1 patient était handicapé moteur (suite à une tentative de suicide grave).

Des périodes « à risque » de suicide ont été identifiées : en début d'hospitalisation (1^{ère} semaine) pour 7 cas, fin d'hospitalisation (3 cas) (date de sortie programmée ou les 4 semaines suivant la sortie), transfert d'unité (3 cas), absence du médecin référent (1 cas), événement focalisant l'équipe ailleurs que sur le patient (inondation : 1 cas). Dans 2 dossiers, le suicide a eu lieu en chambre d'isolement. Nous n'avons pas retrouvé de suicide durant une permission de sortie ou une fugue.

Evaluation du potentiel suicidaire et réponses

Aucun dossier ne mentionne une évaluation précise du potentiel suicidaire et sa justification, ou même un scénario suicidaire. Nous avons souvent lu « idées suicidaires » sans plus de précision. La conduite à tenir vis-à-vis des idées suicidaires n'était pas notée non plus, et en particulier la suppression de moyens. 4 suicides ont été considérés inattendus. Ceux-ci concernaient surtout des suicides de patients schizophrènes et lorsqu'ils ont eu lieu peu après la sortie (3 cas).

Facteurs précipitant

Nous avons repéré 6 cas où était décrit un conflit interpersonnel précédant le passage à l'acte suicidaire. Nous avons aussi collecté 4 cas chez qui un switch ou une introduction de traitement médicamenteux avait été fait dans les deux semaines précédant le suicide.

Signes avant-coureurs

Des troubles du sommeil et une anxiété ont été repérés dans 12 dossiers, dans les trois jours précédant le suicide. Dans 2 dossiers, nous avons constaté une amélioration thymique précédant le passage à l'acte suicidaire.

Circonstances du suicide

Globalement, la grande majorité des suicides se fait par pendaison : 11 cas sur 15. Il y a eu 1 défenestration, 2 asphyxies (sac plastique et étouffement au papier WC) et 1 poly intoxication (médicaments et drogues diverses).

Nous avons trouvé 1 dossier mentionnant une lettre d'adieu.

Dans tous les dossiers, la famille a été reçue en entretien médical et 2 d'entre elles ont porté plainte contre l'établissement. L'une d'entre elles a été dédommée.

Cas	Facteurs De Risques												Facteurs Précipitant		Signes avant coureurs	Circonstances			
	Sexe		Dg	Addict	Atcd Judic	Contr	TS	S Fam	Iso social	Période			Conflit	Ttt	Insomnie Anxiété	Moyens		S Inatt	
	H	F	Sz	D						Tsft/Ab	Début	Fin/S				P	Autre		
1	X			X				X	X	X		X		X	X	X	X		
2	X			X			X			X		X				X	X		
3	X		X		X	X	X					X	X			X		X	X
4	X		X		X				X	X		X				X	X		X
5	X		X				X				X					X		X	
6	X		X				X					X					X		
7	X			X				X	X	X		X		X		X	X		
8	X		X		X	X	X	X		X	X			X			X		
9	X			X			X	X	X	X	X					X	X		
10	X		X		X	X	X	X			X			X			X		X
11	X			X	X		X	X	X			X		X		X	X		
12		X	X				X	X				X	X			X		X	X
13		X		X			X	X	X			X			X	X	X		
14		X		X				X						X		X		X	
15		X		X			X	X		X		X				X	X		
TOT	11	4	7	8	5	3	11	11	6	7	4	7	3	6	4	12	11	4	4

Addict : addiction - Atcd Judic : antécédents judiciaires - Contr : Hospitalisation sous contrainte - D : Episode dépressif majeur sévère - Dg : Diagnostic - F : femme - Fin/S : fin d'hospitalisation ou les 4 semaines après la sortie de l'hôpital - H : homme - Iso social : isolement social - P : pendaison - Sz : schizophrénie - S Fam : antécédent de suicide familial - S Inatt : suicide inattendu - TS : tentative de suicide - Tsft/ab : transfert d'unité ou absence du soignant référent - Ttt : changement ou introduction de traitement médicamenteux

DISCUSSION

Commentaire des résultats principaux

Le nombre de suicide retrouvé au CHAI sur la période est faible. En effet, il y aurait 250 suicides pour 100 000 admissions en hôpital psychiatrique [3;4]. La file active au CHAI est en moyenne de 2200 patients hospitalisés par an. Nous nous attendions donc à recenser environ 5 suicides par an. Nous faisons l'hypothèse que ce chiffre est bas à cause d'un biais de sélection des dossiers. En effet, aucune mesure spécifique est mise en œuvre pour déclarer un suicide au CHAI. Il est seulement noté dans le dossier patient. Ainsi, il a été retrouvé des dossiers dans lesquels la cause de la mort n'était pas spécifiée ; il n'a donc pas été possible de déterminer s'il s'agissait d'un suicide ou d'un décès lié à une cause somatique. Il s'agit le plus souvent de dossiers antérieurs à l'informatisation.

Par ailleurs, nous avons été étonnés de l'absence de cas de suicides durant des permissions de sortie ou fugues. Les dossiers recensés représentent peut être la part de suicides dans les murs. Les suicides durant les fugues ou permissions de sortie semblent ne pas avoir été comptabilisés. Or, la plupart des études estiment que 30 % des suicides ont lieu dans les murs, 30 % à l'occasion d'une fugue et jusqu'à 40 % lors d'une permission de sortie [16;17;18]. Le recensement des dossiers n'est probablement pas exhaustif et interroge sur la traçabilité des suicides.

Avec ces quelques cas, nous avons tout de même trouvé des données assez représentatives des statistiques issues de la littérature internationale, en ce qui concerne la population de patients se suicidant à l'hôpital.

Facteurs de risque

Les patients suicidés de notre étude avaient fait des tentatives de suicide (11 cas) et/ou avaient un antécédent de suicide dans leur famille (5 cas). Il s'agit en effet d'un facteur de risque majeur [19]. Environ 40 % des patients morts par suicide en hôpital psychiatrique auraient des antécédents de tentatives de suicide [20].

Les diagnostics les plus fréquemment retrouvés sont la schizophrénie et la dépression [17], comme dans notre échantillon. Un trouble psychiatrique actuel ou ancien est un facteur de risque important, en particulier, lorsqu'une personne souffre de comorbidités. Les enquêtes de prévalence des troubles mentaux au sein des populations hospitalisées en psychiatrie indiquent des taux élevés pour la schizophrénie, la dépression, l'abus de substances psychoactives et les troubles de la personnalité (en particulier état limite et personnalité antisociale) [21;22;23;24;25]. Les personnes qui abusent de l'alcool ou d'autres substances peuvent présenter un risque accru de suicide, surtout parce que l'impulsivité augmente [26].

Les périodes de début d'hospitalisation, fin d'hospitalisation et au décours de la sortie sont identifiées comme davantage « à risque » de suicide (respectivement 23 % et 40 %) [3;27;28;29;30;31], comme dans notre échantillon de patients. A titre d'exemple, le risque relatif est estimé à 100 pour les femmes et 20 pour les hommes dans les 4 semaines après la sortie d'un séjour pour soins psychiatriques [24]. Ainsi, une préparation de la sortie peut faciliter le retour dans la communauté et réduire le risque de suicide [18;32]. Ce niveau de risque très élevé à la sortie de l'hôpital pose deux questions essentielles [5] :

- le caractère systématique ou non de l'évaluation du risque suicidaire des personnes qui sortent d'une hospitalisation [33;34]

- l'accessibilité aux moyens de suicide pour le patient dès son retour au domicile et tout particulièrement des armes à feu [13;35]

Les principaux facteurs de risque de suicide davantage présents durant une hospitalisation sont : une tentative de suicide peu avant l'admission ou à l'hôpital, une admission sous contrainte, une fugue, des antécédents judiciaires, l'absence de proches, les effets secondaires des traitements et le départ d'un soignant investi [36;37;38;39;40].

Evaluation du potentiel suicidaire et réponses

La simple appréciation des idéations suicidaires ne peut être suffisante pour apprécier le risque de passage à l'acte. Le diagnostic de crise suicidaire s'appuie sur le contexte suicidaire, des signes de vulnérabilité psychique et des changements de comportements récents. Pour évaluer le potentiel suicidaire, il est recommandé de chercher les facteurs de risque et les facteurs protecteurs du suicide. L'urgence et la dangerosité complètent l'évaluation [9]. Dans les dossiers recensés, l'évaluation du potentiel suicidaire n'était pas assez approfondie.

Les facteurs protecteurs sont définis comme capables d'atténuer le risque de suicide. Le principal facteur protecteur est l'alliance thérapeutique [41;42]. Il est conseillé d'expliquer le but de l'évaluation pour réduire l'incertitude et l'anxiété que le patient peut ressentir, l'écouter avec empathie et tenir la rencontre dans un endroit confortable et confidentiel [43]. Il est fondamental de se questionner sur comment protéger le patient en évitant le sentiment de régression. Ainsi, accorder de la liberté et donc de la confiance au patient est un facteur thérapeutique majeur. L'établissement d'un lien de confiance entre l'intervenant et la personne suicidaire est fondamental pour arrêter le processus autodestructeur. L'établissement

d'ententes avec la personne suicidaire afin d'assurer un suivi, du moins à court ou à moyen terme peut être une solution (« contrat de vie ») [44]. Pour ce faire, il est nécessaire d'encourager l'exploration et l'expression des émotions afin de diminuer le sentiment de détresse. Il ne faut pas hésiter à questionner le patient sur ses idées de suicide. Cette attitude, loin de renforcer le risque suicidaire, ne peut que favoriser l'expression des troubles [9].

Les liens sociaux et familiaux sont aussi considérés comme un facteur de protection du suicide. De plus, la projection dans l'avenir, l'identification d'autres alternatives, les croyances religieuses/culturelles/ethniques et l'accès au traitement et aux services de santé mentale minorent également le risque de suicide [25;45].

Pour apprécier l'urgence suicidaire, il est nécessaire d'explorer le niveau de souffrance, le degré d'intentionnalité, l'absence d'autres alternatives, l'impulsivité, un éventuel élément précipitant et la qualité du soutien de l'entourage proche [9].

Pour évaluer la dangerosité, il faut rechercher la létalité du moyen suicidaire envisagé et la facilité d'accès [9;11].

Facteurs précipitant

Le facteur précipitant, défini comme un événement stressant déclenchant un suicide, peut être un conflit interpersonnel, un changement de traitement, l'absence d'un référent ou encore un suicide survenu dans l'unité [9]. Dans notre échantillon, nous avons souvent identifié un facteur précipitant (voir tableau). Aucun suicide n'est arrivé juste après un autre suicide (phénomène de contagion), y compris en 2006 : les suicides ont eu lieu dans différentes unités et à des mois différents (janvier, juillet, novembre et décembre).

Signes avant-coureurs

Il s'agit de signes observés annonçant un passage à l'acte imminent : désespoir, aucune autre solution envisagée, retrait social, comportements à risque, augmentation des addictions, anxiété, agitation, troubles du sommeil, fluctuations thymiques [46;47]. Nous avons trouvé 8 dossiers où il a été noté une anxiété et des troubles du sommeil marqués, les jours précédant le suicide.

Une amélioration clinique trompeuse peut précéder le suicide [17], comme dans 2 dossiers du CHAI. L'hypothèse expliquant ce phénomène est l'apaisement du doute et de l'angoisse liés à l'ambivalence du passage à l'acte. Le patient a pris la décision de se supprimer et s'en trouverait soulagé.

Circonstances du suicide

Les principaux moyens de suicide utilisés par les patients suicidés en hôpital psychiatrique, sont la pendaison et le saut dans le vide [48]. Dans notre échantillon, la majorité des patients suicidés ont utilisés la pendaison.

Portée de l'étude et limites

Dans notre enquête, le faible nombre de patient ne permet pas de faire de statistiques concernant les caractéristiques des patients suicidés en hôpital psychiatrique mais donne un aperçu des situations au CHAI et comment améliorer la prévention du suicide. Cette enquête n'a pas de valeur statistique mais une valeur potentielle indicative pour les décideurs et les soignants du CHAI.

Le nombre de dossiers recensés n'est pas exhaustif car les suicides au CHAI sont insuffisamment tracés.

Les dossiers patients étaient parfois peu informatifs, en particulier sur l'évaluation du potentiel suicidaire. Les moyens d'intervention n'étaient pas détaillés. De même, les circonstances du décès étaient peu décrites. Ainsi, le manque d'information tracée a limité la compréhension du passage à l'acte.

Ce manque de traçabilité n'est pas spécifique du CHAI. Pour exemple, la qualité de l'évaluation du risque de suicide a été mesurée dans un service d'urgences psychiatriques de Californie en 2009 [49]. Les auteurs ont voulu vérifier si une documentation adéquate existait pour 19 indicateurs précis, notamment les facteurs de risque, les signes avant-coureurs, les facteurs de protection, les antécédents cliniques et le suivi des soins. Ainsi, ils ont constaté que la documentation sur l'ensemble des 19 indicateurs n'était pas complète pour la totalité des patients, et qu'entre trois et neuf indicateurs par personne étaient le plus souvent documentés. Ils ont notamment constaté que les principaux signes avant-coureurs, comme l'idéation suicidaire actuelle, l'existence d'un plan de suicide, les antécédents de tentatives de suicide et le désespoir, étaient documentés dans moins de 70 % des cas de l'échantillon, composé de patients retenus contre leur gré pour un comportement suicidaire présent imminent.

Propositions d'amélioration

Prévention

La suppression des moyens suicidaires est une priorité [19;50;51;52].

Les services du CHAI ne sont pas adaptés à la prise en charge des patients suicidaires. Il y a par exemple, dans la majorité des unités, un étage et des chambres alignées le long d'un couloir, ce qui rend difficile la surveillance des patients. Les poignées, tringles et patères doivent céder au poids d'une personne, le verre doit être sécuritaire, l'ouverture des fenêtres et l'accès au toit doivent être limitées et les tuyaux de canalisation doivent être coffrés. Il faudrait un environnement sécurisé et sécurisant, plutôt de forme arrondie et sans étage [53]. Les moyens suicidaires sont actuellement trop facilement accessibles au CHAI.

La formation continue du personnel est indispensable [54].

A titre d'exemple, le plan de formation du personnel du CHAI pour l'année 2015 propose deux formations sur le sujet : « Prise en charge du risque suicidaire – prévention » et « accueillir une personne suicidante en psychiatrie ».

La communication entre les intervenants est fondamentale pour définir le rôle et les responsabilités de chacun [13;55].

Tout d'abord dans l'unité, tout le monde est impliqué, y compris le personnel d'entretien du service. Devant un patient en crise suicidaire, une réunion pourrait être organisée, afin de communiquer sur les moyens mis en œuvre pour éviter le passage à l'acte.

De même, la communication de la situation du patient avec l'équipe de soins extra hospitalière est fondamentale, d'autant plus que cette transition représente une période à risque élevé [30]. Par exemple, un rendez-vous de suivi post hospitalisation doit pouvoir être

proposé très rapidement (délai inférieur à 7 j). Un appel téléphonique ou l'envoi d'une carte peut avoir lieu entre la sortie d'hospitalisation et le premier rendez-vous du patient [56;57;58]. Actuellement au CHAI, les équipes infirmières des Centres Médicaux Psychologiques (CMP) se déplacent aux réunions qui ont lieu en intra hospitalier, pour que les patients sortant leur soient présentés. Proposer des rendez-vous rapides (1 semaine) à la sortie est une priorité.

La communication doit également concerner l'entourage du patient qui doit, si possible, être impliqué dans les soins. A la sortie immédiate de l'hôpital, les proches du patient peuvent soutenir celui-ci et compléter le travail accompli durant l'hospitalisation, et plus tard, les soins extra hospitaliers [59;60;61;62;63;64;65]. L'équipe soignante doit pouvoir être un appui afin de les aider à réagir face à leur proche suicidaire.

L'évaluation du potentiel suicidaire doit être continue et approfondie durant tout le séjour hospitalier et en particulier à l'entrée et à la sortie du patient.

L'évaluation du potentiel suicidaire, les mesures adoptées et leur justification doivent être tracées dans le dossier patient. Une échelle de risque peut ainsi être utilisée afin de faciliter l'évaluation et sa traçabilité [8]. Quelques échelles de mesure du risque suicidaire à l'hôpital sont référencées dans l'annexe 4 [8]. Ainsi, même si les échelles de risque ne permettent pas d'éviter le suicide, elles ont le mérite d'automatiser l'évaluation du risque suicidaire pour adapter ensuite la prise en charge du patient. Une échelle de risque personnalisée est proposée en annexe 5. Il s'agit de l'échelle d'évaluation du potentiel suicidaire utilisée au CHU de Grenoble, donnée à titre d'exemple. L'idée est de trouver l'outil le plus simple et le plus facile à intégrer à la pratique quotidienne, en faisant participer toute l'équipe de soin pour préserver la dynamique et la motivation de chacun.

Des mesures adaptées pour protéger le patient doivent être appliquées en réponse [66;67;68;69], en s'efforçant de ne pas entacher la relation de confiance établie entre les soignants et le patient.

En effet, l'alliance thérapeutique est un facteur fondamental pour empêcher le passage à l'acte [1;13;19;34]. L'application des mesures de protection du patient vis-à-vis de lui-même doit être expliquée, de façon à éviter au patient de se sentir dénué de sa liberté sans comprendre le sens des décisions. Il doit comprendre l'attention et la vigilance que les soignants ont pour lui. L'intérêt est d'obtenir son accord, dans la mesure du possible pour que le patient se sente acteur de ses soins. L'évaluation régulière du risque suicidaire doit permettre un assouplissement des mesures quand cela est possible, de façon à ce que le patient puisse avoir confiance en l'équipe de soin. Selon le risque, ces mesures peuvent être : le retrait des affaires personnelles (en particulier les objets coupants, ceinture, lacet...), la mise en pyjama et/ou la fermeture du service pour éviter la fugue, l'augmentation des routines de surveillance et des entretiens de soutien, l'adaptation du traitement médicamenteux (sédation, anxiolyse). Il paraît souhaitable pour les patients repérés à risque élevé de passage à l'acte, de s'appuyer sur un document qui favorise une bonne coordination des soins adaptés à chaque situation. Par exemple, « Le guide patient à risque suicidaire élevé » mis en place dans le service de psychiatrie du CHU de Grenoble, est exposé en annexe 6.

Postvention

Des mesures post évènementielles sous la forme de revues morbi mortalité systématiques (RMM) sont conseillées suite à un suicide [9].

Actuellement, au CHAI, il y a des RMM tous les trimestres, organisées et ouvertes à l'ensemble du personnel sur la base du volontariat. Les cas de suicide – et plus largement de décès - sont exposés. De même, les suicides doivent être automatiquement recensés par l'intermédiaire d'une procédure complète indiquant les circonstances du décès, que l'on peut nommer « post évènementielle ». Une réflexion entre les soignants impliqués dans la prise en charge du patient suicidé doit se mettre en place rapidement, afin d'analyser le suicide et les tentatives de suicide, porter un regard critique sur la façon dont le patient a été pris en charge, s'interroger sur le caractère évitable de l'événement et rechercher des actions à mettre en place afin de limiter d'autres passages à l'acte. Ces procédures servent également indirectement à améliorer la traçabilité des données et notamment des patients suicidés [70]. En annexe 7, une fiche de recueil d'informations est proposée lors de ces procédures post évènementielles.

Un temps de parole entre les soignants et les autres patients peut se mettre en place suite à un suicide, pour éviter un phénomène de contagion. (« réunion soignants-soignés ») [71].

En effet, le suicide d'un patient hospitalisé est susceptible de déclencher des comportements similaires chez les autres patients. La prise en charge des conséquences d'un suicide constitue donc une mesure de prévention des actes suicidaires à l'hôpital.

Cette procédure est souvent organisée dans les unités du CHAI actuellement.

La famille et les proches du patient suicidé sont reçus en entretien formalisé afin de les informer en adoptant une attitude empathique et respectueuse.

Le document intitulé « annoncer une mauvaise nouvelle » de la HAS propose un cadre de références adaptable dans cette situation. Ainsi, il est conseillé de veiller à la cohérence du message transmis au sein de l'équipe. Les proches seront reçus au calme, écoutés pendant un temps suffisant et sans être interrompus. L'information doit être délivrée simplement et progressivement, en s'adaptant aux interlocuteurs. Il est souvent nécessaire de répéter les informations et de les reformuler [72]. Il est important que la famille prenne conscience que tous les moyens ont été mis en œuvre pour éviter le passage à l'acte et que l'équipe est elle aussi, très touchée par ce drame. Cette attitude permet également le plus souvent, d'éviter les poursuites judiciaires.

Une réunion du personnel peut être organisée pour permettre d'évoquer le suicide du patient.

Celle-ci ne doit pas avoir pour but de rechercher le(s) coupable(s) mais bien de se focaliser sur la situation du patient et les moyens à mettre en œuvre pour éviter d'autres passages à l'acte. Cette réunion peut également servir à décrire les circonstances du suicide pour que l'ensemble du personnel ait les mêmes informations. Cela peut minimiser le risque de transmission d'information erronée aux proches du patient.

De même, le suicide d'un patient doit pouvoir être évoqué lors des supervisions d'équipe. Les soignants très investis sont souvent très touchés par le suicide d'un patient. Le vécu peut être similaire à celui d'un proche (choc, deuil, culpabilité, colère). Ainsi, 1/3 des thérapeutes souffriraient d'une détresse émotionnelle importante à la suite d'un suicide de patient [73].

Un poster résumant la prise en charge des patients suicidaires et suicidant au CHU de Grenoble est en annexe 8.

CONCLUSION

Thèse soutenue par Emilie Santarelli

ETUDE DES SUICIDES AU CENTRE HOSPITALIER PSYCHIATRIQUE ALPES ISERE DE 1998 A 2012 : COMMENT AMELIORER LA PREVENTION ?
--

Notre enquête a permis d'identifier 15 patients suicidés en 15 ans, durant leur hospitalisation et au décours, au CHAI. Ce chiffre n'est probablement pas exhaustif et met en lumière un problème de traçabilité des suicides à l'hôpital psychiatrique. Ces 15 patients ont des caractéristiques similaires à ceux d'autres études sur le sujet. L'évaluation du risque suicidaire et les démarches adoptées en réponse étaient peu renseignées dans les dossiers.

L'état des lieux sur la prévention du suicide au CHAI et les recommandations établies sur la prévention du suicide dans les établissements de santé psychiatrique (en France et dans d'autres pays) ont permis de proposer des améliorations.

Ainsi, en ce qui concerne la prévention, la reconstruction de l'hôpital en cours devrait permettre de favoriser la surveillance des patients à risque et le retrait des moyens de suicide. Le plan de formation du personnel doit inclure des formations spécifiques sur la prévention du suicide à l'hôpital. La communication entre les différents soignants de l'unité, avec les équipes extra hospitalières et l'entourage du patient, doit être facilitée. L'évaluation du potentiel suicidaire doit être systématique, répétée et tracée de façon claire. Une échelle de mesure du risque peut être utilisée pour formaliser cette évaluation. Elle doit précéder l'adoption de mesures de protection du patient, adaptées aux évaluations répétées (et en particulier en début et fin d'hospitalisation). La protection du patient ne doit pas être considérée seulement comme une privation de liberté. Une relation de confiance doit pouvoir s'établir entre les soignants et le patient. L'alliance thérapeutique est un facteur protecteur majeur du suicide.

Les mesures de postvention existent au CHAI. Il s'agit des RMM, ouvertes à l'ensemble des soignants du CHAI et des réunions soignants-soignés dans chaque unité d'hospitalisation. Elles doivent être poursuivies et généralisées à l'ensemble des unités, pour préciser les circonstances du passage à l'acte et les mesures à adopter pour éviter un autre suicide.

Un travail sur la région Rhône Alpes (le vinatier, Bassens, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble,...) peut également s'avérer intéressant pour comparer les statistiques et les prises en charge et s'en inspirer mutuellement afin d'améliorer les soins. Il permettrait également le recensement d'un plus grand nombre de patients, afin de disposer de statistiques chiffrées, qui peinent à émerger en France.

L'étude de la prévention du suicide dans d'autres milieux serait aussi intéressante (consultations de médecine générale, services de gériatrie, hospitalisations à domicile, établissement pénitenciers, ...)

Enfin, un travail pour évaluer l'efficacité des mesures énoncées ci-dessus serait également d'une grande richesse afin d'encourager chaque établissement à réfléchir à leur programme de prévention du suicide et comment l'améliorer.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 29/04/15

LE DOYEN

J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE THESE

PROFESSEUR T. BOUGEROL

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] APA, American Psychiatric Association. Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviours. *Am J Psychiatry*. 2003;160(11 Suppl):1-60
- [2] Oehmichen M, Staak M. Suicide in the psychiatric hospital. International trends and medico legal aspects. *Acta Med Leg Soc (Liege)*. 1988;38(2):215-23
- [3] Martelli C, Awad H, Hardy P. Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention . *Encephale*. 2010;36(Suppl 2):83-91
- [4] Proulx F, Lesage AD, Grunberg F. One hundred in-patient suicides. *Br J Psychiatry*. 1997;171:247–50
- [5] Inserm, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Application de l'autopsie psychologique aux suicides au cours d'hospitalisations. In: *Autopsie psychologique: Mise en oeuvre et démarches associées*. Paris: les éditions Inserm; 2005, 55-62
- [6] Granello DH. The Process of Suicide Risk Assessment: Twelve Core Principles. *Journal of Counselling & Development*. 2010;88(3) :363-370
- [7] Klein G. Le suicide à l'hôpital psychiatrique: L'enfermement le prévient-il? Institutions psychiatriques du Valais Romand, Monthey, Switzerland. *Schweizer archiv für neurologie und psychiatrie*. 2012;163(3):85–91
- [8] Perlman CM, Neufeld E, Martin L, Goy M, Hirdes JP. Guide d'évaluation du risque de suicide : Une ressource pour les organismes de santé. Toronto (Ontario): Association des hôpitaux de l'Ontario et Institut canadien pour la sécurité des patients; 2011
- [9] HAS, Haute Autorité de Santé. Conférence de consensus La crise suicidaire reconnaître et prendre en charge; 2000. [En ligne].
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicicourt.pdf>
- [10] Terra JL. La problématique de la mesure du risque dans les établissements de santé. In: *Autour de la mesure du risque, un questionnement multidisciplinaire*. Actes de la troisième séance du séminaire « Le risque de défaillance et son contrôle par les individus et les organisations dans les activités à hauts risques ». Publications de la MSH-Alpes; 2003, 213-229
- [11] Terra JL. La souffrance psychique : le suicide. In: Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D. *Traité de santé publique*. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 2004, 324-328
- [12] Terra JL. Fabriquer de la prévention pour lutter contre un destin tragique : stratégie nationale et premières applications. In: Batt-Moillo A, Jourdain A. *Le suicide et sa*

prévention, Emergence du concept, actualité des programmes. Rennes: Éditions ENSP; 2005, 81-92

[13] Terra JL. Prévenir le suicide : repérer et agir. *Actualités et Dossiers en Santé Publique*. 2004;45:20-25

[14] Larose D, Gagnon J. Prévenir le suicide : un défi et une obligation pour les établissements. *Artère*. 2003;20(10):4-5

[15] Larose D, Gagnon J. Pour prévenir le suicide en établissement. *Artère*. 2003;21(3):10-11

[16] Blain PA, Donaldson LJ. The reporting of in-patient suicides: identifying the problem. *Public Health*. 1995;109(4):293-301

[17] Morgan HG, Priest P. Suicide and other unexpected deaths among psychiatric In-patients. *Br J Psychiatry*. 1991;158:368-74.

[18] Bowers L, Banda T, Nijman H. Suicide inside. A systematic review of Inpatient suicides. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(5):315-28

[19] Wolfersdorf M. Suicide among psychiatric inpatient. In: Hawton K, Van Heeringen K. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester (England): Wiley;2002, 457-465

[20] Freed PE, Rudolph S. Protecting partial-hospitalization patients from suicide. *Perspect Psychiatr Care*. 1998;34(2):14-23

[21] Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Yale SA, Flaum M, Gorman JM. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry*. 1996;153(9):1185-8.

[22] Moscicki EK. Epidemiology of completed and attempted suicide: Toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*. 2001;1(5):310-323

[23] Mortensen P B, Agerbo E, Erikson T, Qin P, Westergaard-Nielsen N. Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *Lancet*. 2000;355(9197):9-12.

[24] Gunnell G, Frankel S. Prevention of suicide : aspirations and evidence. *BMJ*. 1994;308(6938):1227-33.

[25] Sanchez Heriberto G. Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2001;32(4):351-358

[26] Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies . *Drug Alcohol Depend*. 2004;76 Suppl:S11-9

- [27] Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, Kiernan K, Davies S, Bickley H, Parsons R. Suicide within 12 months of contact with mental health services : national clinical survey. *BMJ*. 1999;318(7193):1235-9
- [28] Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet*. 1993;342(8866):283-286
- [29] Lennqvist JK. Epidemiology and causes of suicide. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ JR, Andreasen NC. *The new Oxford textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2000
- [30] Ho TP. The suicide risk of discharged psychiatric patients. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(6):702-7
- [31] Hunt IM, Kapur N, Webb R, Robinson J, Burns J, Shaw J, Appleby L. Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study. *Psychol Med*. 2009;39(3):443-9
- [32] Combs H, Romm S. Psychiatric Inpatient Suicide: A Literature Review. *Clinical Focus, Primary Psychiatry*. 2007;14(12):67–74.
- [33] Seguin M. Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ? Place de la prise en charge psychologique. In: Fédération Française de Psychiatrie. *La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge*. Paris: John Libbey Eurotext; 2001: 234-262
- [34] Shea SC. *La conduite de l'entretien psychiatrique, l'art de la compréhension*. Paris: Elsevier; 2005, 721p
- [35] Krug EG, Powell KE, Dahlberg LL. Firearm-related deaths in the United-States and 35 other high- and upper-middle-income countries. *International Journal of Epidemiology*. 1998;27:214-221
- [36] Bisconer, SW, Gross DM. Assessment of suicide risk in a psychiatric hospital. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2007;38(2):143-149
- [37] Bostwick, M. Inpatient suicide: preventing a common sentinel event. *General Hospital Psychiatry*. 2009;31:101-102
- [38] Brickell TA, Nicholls TL, Procyshyn RM, McLean C, Dempster RJ, Lavoie JAA, Sahlstrom KJ, Tomita TM, Wang E. *La sécurité des patients et la santé mentale*. Edmonton, Alberta: Institut canadien pour la sécurité des patients et Association des hôpitaux de l'Ontario; 2009
- [39] Cassells C, Paterson B, Dowding D, Morrison R. Long-and short-term risk factors in the prediction of inpatient suicide: review of the literature. *Crisis*. 2005;26(2):53-63
- [40] Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(4):427-432

- [41] Capuzzi D, Gross D. I don't want to live: The adolescent at risk for suicidal behaviour. In: *Youth at risk : A Prevention Resource for Counselors, Teachers, and Parents*. 6th ed: Wiley; 2014, 229-265
- [42] Motto JA. An integrated approach to estimating suicide risk. In: Marris RW, Berman AL, Maltzberger JT, Yufit RI. *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford Press; 1992, 625-639
- [43] Heaton J. *Building Basic Therapeutic Skills: A Practical Guide for Current Mental Health Practice*. San Francisco, California: Jossey-Bass; 1998, 288 p.
- [44] Bongar B, Maris RW, Berman AL, Litman RE. Outpatient standards of care and the suicidal patient. *Suicide Life Threat Behav*. 1992;22(4):453-78.
- [45] Nelson C, Johnston M, Shrivastava A. Improving risk assessment with suicidal patients: A preliminary evaluation of the clinical utility of the Scale for Impact of Suicidality - Management, Assessment and Planning of Care (SIS-MAP). *Crisis*. 2010;31(5):231-7
- [46] Rudd MD. Suicide warning signs in clinical practice. *Curr Psychiatry Rep*. 2008;10(1):87-90
- [47] Busch KA, Fawcett J, Jacobs D. Clinical Correlates of Inpatient Suicide. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:14-9
- [48] Tishler CL, Reiss NS. Inpatient suicide: preventing a common sentinel event. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(2):103-9
- [49] Mahal SK, Chee CB, Lee JC, Nguyen T, Woo BK. Improving the quality of suicide risk assessments in the psychiatric emergency setting: physician documentation of process indicators. *J Am Osteopath Assoc*. 2009;109(7):354-8
- [50] Appleby L. Prevention of suicide in psychiatric patients. In: Hawton K, Van Heeringen K. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester (England): Wiley; 2000, 617-630
- [51] Etchepare JJ, Degeilh B. Suicide et tentatives de suicides à l'hôpital psychiatrique intra-extra muros (Secteur). *Psychologie médicale*. 1987;19(5):703-708
- [52] Wolfersdorf M, Keller F, Schmidt-Michel PO, Weiskittel C, Vogel R, Hole G. Are hospital suicides on the increase? A survey of reports on hospital suicides in the psychiatric literature of the 19th and 20th century. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1988;23(4):207-16
- [53] Ashton J. Preventing suicide in hospital. *Nursing Times*. 1986;82(52) :36-37
- [54] Westefeld JS, Range LM, Rogers JR, Maples MR, Bromley JL, Alcorn J. Suicide: An overview. *The counseling psychologist*. 2000;28: 445-510

[55] Laflamme F. Prévenir le suicide pour préserver la vie – guide de pratique clinique. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2007. [En ligne].

http://www.oiiq.org/sites/default/files/228_doc_0.pdf

[56] Mishara BL, Chagnon F, Daigle M, Balan B, Raymond S, Marcoux I, Bardon, C, Campbell JK, Berman A. Comparing models of helper behavior to actual practice in telephone crisis intervention: a Silent Monitoring Study of Calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):291-307

[57] Linehan MM. Standard protocol for assessing and treating suicidal behaviors for patients in treatment. In: Douglas G, Jacobs MD. *The Harvard Medical School Guide to suicide assessment and intervention.* San-Francisco: Jossey-Bass; 1999, 146-187

[58] Linehan MM, Rizvi SL, Welch SS, Page B. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Personality disorder. In: Hawton K, Van Heeringen K. *The international handbook of suicide and attempted suicide.* Chichester (England): Wiley; 2000, 147-175

[59] Buila SMD, Swanke JR. Gatekeeper training for caregivers and professionals: A variation on suicide prevention. *Advances in Mental Health.* 2010;9(1):98-104

[60] Cerel J, Currier GW, Conwell Y. Consumer and family experiences in the emergency department following a suicide attempt . *J Psychiatr Pract.* 2006;12(6):341-7

[61] Chandler MJ, Lalonde CE. The Problem of Self-Continuity in the Context of Rapid Personal and Cultural Change. In: Oosterwegel A, Wicklund RA. *The Self in European and North American Culture: Development and Processes, série D : Behavioural and Social Sciences, vol. 84.* Dordrecht, Pays-Bas: Kluwer Academic Publishers; 1995, 45–63

[62] Freedenthal S. Assessing the wish to die: A 30-year review of the suicide intent scale. *Arch Suicide Res.* 2008;12(4):277-98

[63] Jacobs D, Brewer M. APA practice guideline provides recommendations for assessing and treating patients with suicidal behaviors. *Annals of General Psychiatry.* 2004;34 :373-380

[64] Lieberman DZ, Resnik HL, Holder-Perkins V. Environmental risk factors in hospital suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 2004;34(4):448-53.

[65] Lyons C, Price P, Embling S, Smith C. Suicide risk assessment: A review of procedures. *Accid Emerg Nurs.* 2000;8(3):178-86

[66] Mann JJ et al. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *JAMA.* 2005;294(16):2064-74

[67] Jacobs D. *Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention.* San Francisco: Jossey-Bass; 1999

[68] Joiner T. *Why People Die by Suicide.* Cambridge: Harvard University Press; 2007

[69] Walter M. Prévenir le suicide : repérer et agir. Actualités et Dossiers en Santé Publique. 2003;45: 25-30

[70] Suicide ou tentative de suicide en psychiatrie. Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des Evénements indésirables – Aquitaine; 2013. [En ligne].

http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/04_PS_Struct_sante/409_CVAGS/40904_Vigil_Secur_soins/4090402_Gestion_glob_risques/03_Reflexe/REFLEXE_08_psychiatrie.pdf

[71] Anestis MD. Suicide clusters: Is suicidal behaviour contagious? Psychotherapy Brown Bag; 2009. [En ligne].

http://www.psychotherapybrownbag.com/psychotherapy_brown_bag_a/2009/05/suicide-clusters-is-suicidal-behavior-contagious.html

[72] HAS, Haute Autorité de Santé. Annoncer une mauvaise nouvelle; 2008. [En ligne].

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf

[73] Hendin H, Haas AP, Maltzberger JT, Szanto K, Rabinowicz H. Factors Contributing to Therapists' Distress After the Suicide of a Patient. Am J Psychiatry. 2004;161(8):1442-6.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARH : Agences régionales de l'hospitalisation

CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CHAI : Centre Hospitalier Alpes Isere

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico Psychologique

DGS : Direction Générale de la Santé

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

Drass : Directions régionales des affaires sanitaires et sociales

HAS : Haute Autorité de Santé

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

RMM : Revue Morbi Mortalité

ANNEXE 1



Madame Émilie SANTARELLI
17 H, rue de la Contamine
38120 SAINT EGRÈVE

Direction générale
des patrimoines

Service interministériel
des Archives de France

Sous-direction de l'accès
aux archives et de la
coordination du réseau

Affaire suivie par
Marie RANQUET
Poste

01 40 27 67 11

Référence

MR/AA/2014/225

56, rue des Francs-Bourgeois
75141 Paris Cedex 03
France

Téléphone 01 40 27 67 11
Télécopie 01 40 27 66 30

Paris, le 05 FEV. 2014

Madame,

Le chef du service des Archives du Centre Hospitalier Alpes-Isère m'a transmis la demande de dérogation aux règles de communicabilité des archives publiques que vous avez présentée le 12 novembre 2013, en application du livre II du code du patrimoine consacré aux archives, pour consulter des documents non encore librement communicables conservés aux Archives du Centre Hospitalier Alpes-Isère.

Le service qui a versé ces documents m'ayant fait connaître son accord, je suis heureux de vous faire savoir que j'ai décidé de donner une suite favorable à votre demande.

En conséquence, je vous autorise à consulter aux Archives du Centre Hospitalier Alpes-Isère les articles qui y sont conservés sous les cotes suivantes :

- 13 dossiers : Fin de prise en charge et ordre alphabétique : dossiers des patients décédés (1998-2012).

Aucune reproduction n'est autorisée. Je vous rappelle en outre l'engagement que vous avez déjà signé de ne communiquer aucune information susceptible de porter atteinte aux intérêts protégés par la loi, notamment à la vie privée des personnes, et je vous demande de vous y conformer.

Il vous appartient de vous présenter vous-même avec cette lettre aux Archives du Centre Hospitalier Alpes-Isère, pour consulter ces documents.

Je souhaite que vos recherches se poursuivent avec succès et vous prie d'agréer, Madame, l'expression de ma considération distinguée.

Hervé LEMOINE
Directeur, chargé des Archives de France

Par ordre

Mathieu STOLL
Chef du Bureau de l'accès aux archives

ANNEXE 2

Protocole d'enquête

Le sujet de recherche est l'amélioration de la prévention du suicide au CHAI. L'hypothèse de travail est qu'il existe des points d'amélioration à apporter en termes de prévention et de postvention du suicide dans l'établissement.

L'objectif principal est de réduire le nombre des suicides au CHAI. Les objectifs secondaires sont de réduire le nombre de tentatives de suicide et d'atténuer les conséquences d'un suicide sur les patients, le personnel et l'entourage (famille).

Intérêt du sujet :

Le suicide est une priorité majeure de santé publique. Il s'agit de l'événement principal redouté en psychiatrie. Lorsqu'il survient à l'hôpital, il peut mettre à mal les proches du patient, les équipes du personnel et les autres patients de l'unité. Il peut s'agir également d'un enjeu médico-légal pour le psychiatre et l'établissement de soin.

Nous avons voulu étudier en particulier le suicide dans le cadre d'un établissement psychiatrique car l'incidence du suicide est de 250 pour 100 000 admissions dans les hôpitaux psychiatriques, soit cinq fois plus qu'en population générale. 5 % des suicides ont ainsi lieu en hôpital psychiatrique. Il est donc légitime de se demander comment améliorer la prévention du suicide à l'hôpital. L'hospitalisation ne permet pas, à elle seule, d'éviter le suicide.

Les hospitalisations en psychiatrie dont le motif est de protéger du geste suicidaire sont fréquentes. Il est légitime de penser que la prévention du suicide en établissement psychiatrique est exemplaire. En effet, alors qu'un décès survenant à l'issue d'une maladie physique est généralement perçu comme inévitable, le suicide lors d'une hospitalisation est souvent considéré comme ayant pu ou dû être empêché. L'ambivalence des proches envers le psychiatre se transforme parfois en rancœur et expose le psychiatre au reproche de n'avoir pas tout tenté pour l'éviter.

Le suicide est un événement difficilement prévisible car il reste rare, d'où la difficulté de faire des études de cohorte prospectives sur le sujet. Nous avons donc fait le choix d'étudier la prévention du suicide sur un seul site, le CHAI.

La prise en charge du suicide nécessite une réflexion autour de sa propre pratique et comment l'intégrer à son quotidien, en prenant en compte les particularités de chaque patient, de chaque praticien et des contraintes de l'établissement, en accord avec les données de la littérature. Ainsi, chaque établissement doit être en mesure de produire son propre programme de prévention des comportements suicidaires, et par extension, chaque praticien, au-delà des recommandations généralistes. L'application de ces mesures au CHAI nous a semblé intéressante car il n'a jamais fait l'objet d'étude sur le sujet. Depuis quelques mois, les suicides sont recensés systématiquement par l'intermédiaire de déclarations d'événements indésirables.

Nous avons donc voulu mener une réflexion sur la prévention actuelle du suicide puis sur des propositions d'amélioration.

L'ambition de ce travail n'est pas d'apporter une valeur statistique mais une valeur indicative pour les décideurs du CHAI et les soignants.

Méthodes

Il s'agit d'une étude qualitative rétrospective unicentrique, réalisée à l'aide de l'analyse de dossiers patients.

Dans un premier temps, nous avons demandé le recensement des patients suicidés durant leur hospitalisation ou au décours immédiat (4 semaines) de 1998 à 2012. Il s'agit des patients qui se sont infligés leur propre mort et chez qui la cause du décès était renseignée dans le dossier patient. Nous avons voulu ainsi, apprécier la population de patients suicidés au CHAI et comparer ces résultats aux données de la littérature. Nous avons donc cherché à savoir si les facteurs de risque de suicide à l'hôpital identifiés dans la littérature étaient présents dans cet échantillon, ainsi que les facteurs précipitant et protecteurs. Nous avons également cherché des informations directement dans les dossiers patients sur l'évaluation du risque suicidaire et les démarches mises en œuvre afin d'éviter le passage à l'acte (suppression des moyens, changement de traitement...). Nous nous sommes demandés si les patients suicidés étaient identifiés comme patient à risque et si des démarches en termes de postvention ont eu lieu, notamment pour éviter un phénomène de contagion. Nous avons noté également les dossiers où il y a eu une réclamation ou plainte déposée par la famille contre l'hôpital.

Dans un second temps, des pistes d'amélioration de la prévention du suicide au CHAI ont été proposées, sur la base de ce qui a été observé dans les dossiers patients et sur les recommandations de bonnes pratiques (HAS, rapports de l'APA, recommandations d'experts sur le sujet,...) en France et à l'étranger.

ANNEXE 3

Grille de lecture des dossiers

1. Identification du patient, sexe, âge.

2. Facteurs de risque identifiés de suicide :
 - Antécédents personnel de TS
 - Antécédents familial de suicide
 - Antécédents judiciaires
 - Diagnostic psychiatrique
 - Comorbidités (addictions, troubles de la personnalité)
 - Hospitalisation sous contrainte
 - Chambre d'isolement
 - Insight/Observance thérapeutique/compréhension des troubles
 - Effets secondaires liés au traitement
 - Périodes à risque : début d'hospitalisation (7 premiers jours), fin d'hospitalisation (7 derniers jours), le mois suivant la sortie, fugue, permissions de sortie, sorties contre avis médical, transfert d'unité, départ d'un soignant investi.

3. Facteurs de risque protecteurs :
 - Alliance thérapeutique
 - Présence de proches

4. Evaluation de l'urgence suicidaire : faible/moyenne/élevé

5. Facteurs précipitant :
 - Conflit interpersonnel
 - Switch médicamenteux
 - Introduction médicamenteuse

6. Signes avant-coureurs :
 - troubles du sommeil et anxiété
 - notion d'une amélioration clinique trompeuse

7. Evaluation de la dangerosité

8. Actions mises en place pour limiter le risque suicidaire

9. description des circonstances du suicide :
 - date du suicide et âge du patient
 - moyens de suicide employé
 - motif d'admission
 - lettre d'adieu
 - heure du suicide / moment dans la journée

ANNEXE 4

Echelles d'évaluation du risque suicidaire

Échelle	Passation		Nbre de questions	Validité prédictive	Fiabilité	Utilité possible				Milieu				Population [^]		
	Auto-évaluation	Entrevue/ observation				Évaluation globale	Dépistage	Psychiatrique		Non psychiatrique	Adultes	Enfants et adolescents	Personnes âgées			
								Hosp.	Etabna					Urgences		
BSS®	x	x	21	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
BHS		x	20		x		x			x						x
C-SSRS		x				x	x	x	x	x	x	x	x			
GSIS	x	x	31		x		x	x			x					x
interRAI-SOS		x	varié*		x		x	x	x							
MHECC			114			x	x									
NGASR		x	15			x	x									
RFL	x		48		x	x	x	x			x			x		x
SAD		x	10			x	x	x			x					
PERSOMAS																
SIS-MAP		x	108		x	x					x			x		
SSI-M		x	18		x	x	x	x						x		
SBQ	x		34		x	x	x	x			x			x		
SIS		x	15	x	x						x					
SPS	x		36	x	x	x	x	x			x			x		
TASR			26			x	x	x			x			x		

Note. BSS® = Échelle d'idéation suicidaire de Beck; BHS = Échelle de désespoir de Beck; C-SSRS = Échelle Columbia de la gravité du risque de suicide; GSIS = Échelle d'idéation suicidaire gériatrique; interRAI SOS = Échelle interRAI de la gravité du comportement autodestructeur; MHECC = Liste de contrôle du milieu de soins en santé mentale; NGASR = Évaluation globale du risque de suicide par les infirmières; RFL = Inventaire des raisons de vivre; SIS-MAP = Échelle d'incidence de la suicidalité – Prise en charge, évaluation et planification des soins; SSI-M = Échelle d'idéation suicidaire modifiée; SBQ = Questionnaire sur les comportements suicidaires; SIS = Échelle d'intention suicidaire; SPS = Échelle de probabilité du suicide; TASR = Outil d'évaluation du risque de suicide

*L'échelle interRAI SOS fait partie d'un système d'évaluation de la santé mentale composé de trois instruments. Le nombre de questions de chaque instrument varie, tout comme le temps nécessaire pour effectuer l'évaluation dans son ensemble.

[^] Adultes (18-64 ans), personnes âgées (65 ans+), enfants et adolescents (8-18 ans)

ANNEXE 5

Fiche d'évaluation du risque suicidaire

Nom Prénom :

Date :

Age :

Evaluation réalisée par :

	Faible	Moyen	élevé
RISQUE (Facteurs de risques)			
Troubles dépressifs			
Autres troubles psychiatriques			
Atcd de TS (derniers mois++)			
Addictions			
Contexte social difficile			
« Histoire personnelle difficile »			
« Impasse » du projet de soins			
Changement de traitement récent			
URGENCE			
Existe-t-il des idées suicidaires ?			
intention de passer à l'acte ?			
Le passage à l'acte est il planifié ?			
Absence d'autres alternatives ?			

DANGEROUSITE			
Quelle est la létalité du moyen suicidaire envisagé ?			
L'accès à ce moyen est il aisé ?			

En cas d'urgence suicidaire élevée, se reporter au protocole « patient Hospitalisé et suicidaire »

Remarques :

ANNEXE 6

Guide « patient hospitalisé et suicidaire »

Ce guide décrit les décisions à envisager ou à prendre face à un patient présentant une « urgence » suicidaire élevée :

- Intentionnalité suicidaire exprimée ou idées suicidaires fréquentes
- Peu ou pas d'alternatives au suicide
- Tension psychique importante

A. Signaler au médecin

Tout repérage d'une crise suicidaire doit conduire à une évaluation précise du potentiel suicidaire. Si l'urgence suicidaire est élevée, elle doit être signalée sans tarder au médecin en charge de l'unité afin de mettre en place des mesures de sécurité adaptées à la situation du patient.

B. Mise en place de mesures de sécurité proportionnées (expliquées et discutées avec le patient)

1. Surveillance :

Définir la surveillance « à vue » la plus appropriée. Evaluer sa faisabilité en fonction des autres priorités de l'unité.

Changement de chambre si besoin (rapprochement de l'office ou Chambre d'isolement).

2. Inventaire des effets personnels et du mobilier

A pour but l'éviction des moyens suicidaires présents dans les affaires ou la chambre (armes ou objets dangereux, médicaments ou substances toxiques, sacs plastiques, sangles, cordes, fils électriques, points d'accroches...)

Intérêt d'avoir pu informer le patient lors de son admission en hospitalisation de la nécessité de pratiquer cet inventaire à son entrée puis parfois au cours de son séjour.

3. Traitement

A adapter notamment pour diminuer le facteur « impulsivité » lié à la « tension psychique » du patient.

4. Entretiens, Activités

Définir précisément avec le patient les activités ou entretiens maintenus ou non et leur fréquence.

Informar les différents intervenants de ces décisions.

5. Sorties

Autorisations ou non des sorties de l'unité, y compris accompagnées et y compris pour les activités ou entretien psychologiques. (Définir temps, fréquence, accompagnement...)

Dans le contexte d'urgence suicidaire élevée, les sorties de l'unité non accompagnées doivent être proscrites (sauf cas très particulier et expliqué dans le dossier)

6. Fermeture de l'unité

Décider de la fermeture ou non de l'unité en fonction du risque de fugue.

7. Dossier médical

Justifier systématiquement les décisions prises par écrit dans le dossier médical du patient en tenant compte des bénéfices et des risques de ces décisions.

C. Ententes avec le patient suicidaire et ses proches

- Nécessité d'expliquer au patient l'ensemble de la démarche visant à le protéger.
- Lui demander de s'adresser aux soignants ou à toute personne du personnel (voir à un autre patient) en cas d'accentuation de ses idées suicidaires ou de tension psychique trop forte.
- Ententes avec les proches : Leur expliquer la situation et les risques. Les inviter à rapporter à l'équipe toute situation ou propos préoccupants. Leur demander de présenter les affaires qu'ils apportent.

GUIDE DE SOINS: PATIENT PRESENTANT UNE « URGENCE »

SUICIDAIRE ELEVEE

NOM, PRENOM :

DATE :

Inventaire	fait	Non fait	Fréquence : + Retour de permission
Mis en pyjama	Oui	Non	
Retrait sacs plastiques (poubelles)	Oui	Non	
Retrait cordons, sangles, ceintures	Oui	Non	
Retrait affaires personnelles	Oui	Non	
Sorties de l'unité	Oui, si accompagné	Non	Accompagnants autorisés :
Fermeture de l'unité	Oui	Non	
Surveillance à vue	/15 mn	/30 mn	/1 h
Chambre	Même chambre	Rapprochement de l'office infirmier	Chambre d'isolement
Entretien infirmier	1 /j	2/j	3/j
Entretien médical	1/j	1/2j	1/3j
Entretien Psychologue en dehors de l'unité	Oui	Non	Psychologue prévenu Oui Non
Ergothérapie	Oui	Non	Ergothérapeute prévenu Oui Non
Entretien Assistante sociale en dehors de l'unité	Oui	Non	AS prévenue Oui Non
Mesures expliquées au patient	Oui	Non	
Mesures expliquées à la famille	Oui	Non	

Nom et signature

ANNEXE 7

Procédure post événementielle

Cette fiche a pour but de recueillir des informations relatives au suicide d'un patient hospitalisé (permissions comprises)

1. Date
2. Nom Prénom
3. Date de naissance

4. Diagnostic psychiatrique

5. ATCD de TS (Si oui quand et comment)

6. ATCD familiaux

7. Traitement en cours et modification récente

8. Le malade était-il repéré comme suicidaire ?
9. Si oui, le potentiel suicidaire avait-il été évalué, Faible, Moyen ou élevé ?

10. Quelles actions ont été mises en place ?

11. Existe-t-il un événement récent (ou tout autre facteur) ayant favorisé ou déclenché le passage à l'acte ?

12. Circonstances : (Lieu, moyen...)

13. Composition de l'équipe de soins au moment du passage à l'acte :

14. Contexte de l'unité (nombreuses situations difficiles, agitation, portes fermées...)

ANNEXE 8

Prévention du suicide pour les unités de psychiatrie de l'adulte de la Clinique de Psychiatrie du CHU de Grenoble

Le suicide en France :

Plus de 10 000 décès et 160 000 tentatives de suicide par an
 La mort par suicide touche avant tout les hommes après 40 ans alors que ce sont les femmes jeunes qui sont les plus nombreuses à tenter de se suicider. **Les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes à mourir par suicide**

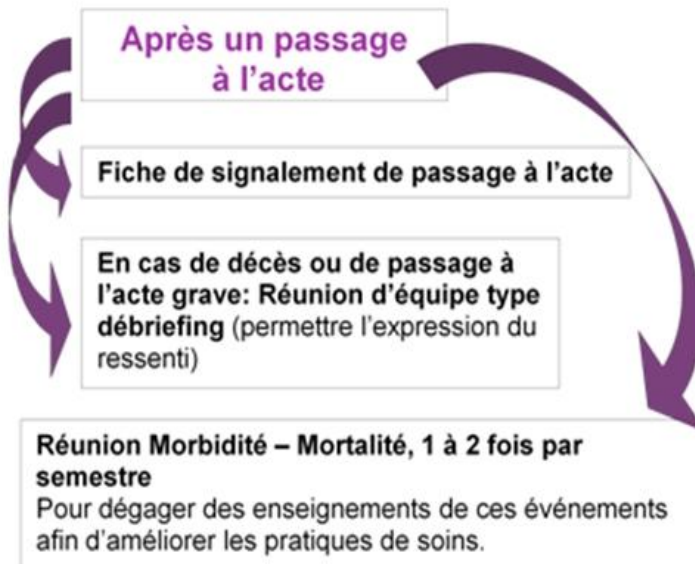
Le suicide à l'hôpital psychiatrique :

Représente 5 % des décès par suicide
 ¼ des patients hospitalisés en psychiatrie seraient en crise suicidaires
 Le passage à l'acte suicidaire représente la complication la plus redoutée des pathologies psychiatriques.

Actions pour prévenir le suicide dans les unités de psychiatrie du CHU de Grenoble

Évaluation systématique du potentiel suicidaire pour toutes les personnes hospitalisées et réévaluation hebdomadaire (fiche)

Actions préventives du passage à l'acte :
 Proximité relationnelle (entretiens, réassurance...)
 Privilégier la relation de confiance
 Éviction des moyens de passer à l'acte
 Surveillance et limitations si nécessaire

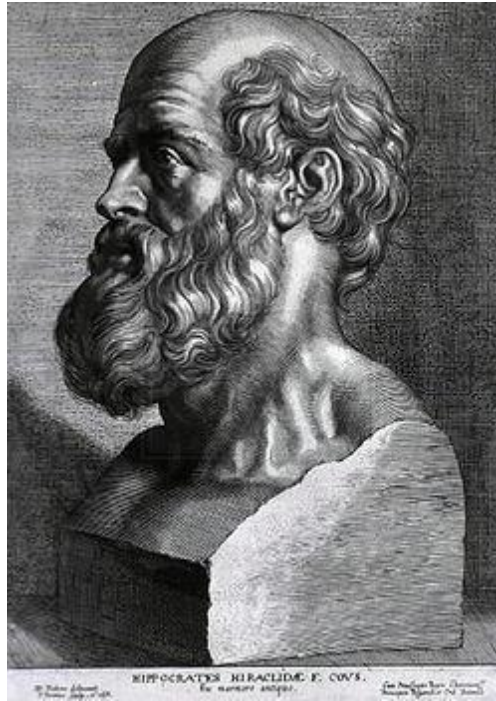


EVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE

Nom : _____ Date : _____
 Prénom : _____
 Age : _____

			Faible	Moyen	élevé
RISQUE (Facteurs de risques)	Oui	Non			
	Troubles dépressifs				
Autres troubles psychiatriques					
Atcd de TS (derniers mois**)					
Addictions					
Contexte social difficile					
• Histoire personnelle difficile •					
• Impasse • du projet de soins					
Changement de traitement récent					
URGENCE					
	Oui	Non			
Existe-t-il des idées suicidaires ?					
intention de passer à l'acte ?					
Le passage à l'acte est-il planifié ?					
Absence d'autres alternatives ?					
DANGEROUSITE					
Quelle est la létalité du moyen suicidaire envisagé ?					
L'accès à ce moyen est-il aisé ?					
Remarques :					
Evaluation réalisée par :					

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.